

14. Rubin R.R. Diabetes and Quality of Life // Diabetes Spectrum. – 2000. – Vol. 13. – P. 21–23.
15. Rubin R.R., Peyrot M. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetes adults // Diabetes Care. – 1997. – Vol. 20. – P. 585–590.
16. Rubin R.R., Peyrot M. Men and Diabetes: psychological and behavioral issues // Diabetes Spectrum. – 1998. – Vol. 11. – P. 81–87.
17. Sharpe P.A., Clarke N.M., Janz N.K. Differences in the impact and management of heart disease between older men and women // Women Health. – 1991. – Vol. 17. – P. 25–43.
18. Verbrugge L.M. Sex differences in health // Public Health rep. – 1982. – Vol. 97. – P. 417–437.
19. WHOQOL Group. What Quality of life? // World Health Forum. – 1996. – Vol. 17. – № 4. – P. 354–336.

УДК 616.12-008.318:616.379-008.64

Абусуев С.А., Болатчиева Ф.Б., Абусуева З.С.
Нарушения ритма и проводимости у больных ишемической
болезнью сердца на фоне сахарного диабета

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;

Центр дополнительного профессионального образования Астрамед-фарм, Нальчик

Актуальность проблемы сахарного диабета и ишемической болезни сердца определяется их большой распространенностью. Сахарный диабет в 2 раза повышает заболеваемость сердца и сосудов. У 70 – 80 % больных диагностируется ИБС (ишемическая болезнь сердца и сосудов), что в 6 раз чаще, чем у лиц, не имеющих нарушений углеводного обмена. Значительный процент при этом составляют больные пожилого возраста. Наиболее тяжелым проявлением ИБС у больных сахарным диабетом (СД) является инфаркт миокарда (ИМ), летальность от которого в 6 – 10 раз выше, чем у больных, не имеющих признаков диабета. Клиницисты отмечают склонность к осложнениям инфаркта миокарда при диабете: тромбоэмболическому синдрому, нарушениям ритма, образованию аневризм, повторным инфарктам миокарда.

По данным различных авторов, от 32 до 42% больных сахарным диабетом не отмечали во время инфаркта миокарда болевого синдрома. Это создает значительные трудности в диагностике инфаркта и нередко приводит к летальному исходу (49%). Полученные данные нацеливают врачей на необходимость ранней диагностики ИБС при СД, тщательного контроля над проводимой терапией и профилактикой осложнений.

Целью исследования явилось изучение частоты нарушений ритма и проводимости при инфаркте миокарда у больных, страдающих сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели было сформировано 2 группы. Первую составили 106 человек (66 женщин, 40 мужчин) с инфарктом миокарда, развившимся на фоне сахарного диабета, группу сравнения составили 60 больных (28 женщин, 32 мужчин) с инфарктом миокарда без нарушения углеводного обмена, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГКБ №1 г. Нальчика с 2014 по 2016 гг.. Диагноз ИМ устанавливался согласно клиническим данным, ЭКГ-признакам, по результатам суточного мониторирования, выборочной ЭХО-кардиографии.

Результаты исследования

Достоверных различий по возрасту в изучаемых группах не выявлено. В обеих группах преобладал инфаркт миокарда передней, передне-перегородочной стенки левого желудочка. При изучении частоты первичного и повторного ИМ отмечено, что у больных, страдающих СД, повторный ИМ развивался достоверно чаще, в 49,1% случаев, у больных без диабета ИМ был повторным в 30% случаев. Артериальная гипертензия диагностирована у 76,7% с ИМ без СД, и у 83,4% больных, страдающих сахарным диабетом.

По данным ЭКГ, в остром периоде инфаркта миокарда синусовая тахикардия наблюдалась у 8,1% больных СД и у 7,2% с ИМ без диабета. Желудочковая тахикардия у больных с сахарным диабетом и инфарктом миокарда отмечена в 3,1% и 2,2% больных с ИМ без СД. У больных с ИМ на фоне СД достоверно чаще наблюдали мерцательную аритмию (17,7%), в группе сравнения в 10,1% случаев. Синусовой брадикардии и синдрома слабости синусового узла в изучаемых группах не наблюдали. Экстрасистолии у больных в первой группе наблюдали в 18,2% случаев, в группе сравнения - 17,4%. Атриовентрикулярная блокада 1- 2 степени у больных первой группы отмечалась в 8,1%, группы сравнения – 5,5%. Полная AV-блокада диагностирована у одной больной инфарктом миокарда и сахарным диабетом и у одного

больного в группе сравнения. Блокады ножек пучка Гиса наблюдали у 16,1% больных с инфарктом миокарда и сахарным диабетом, у 18,8% больных инфарктом миокарда без сопутствующего сахарного диабета.

Выводы

1. При инфаркте миокарда у больных, страдающих сахарным диабетом, чаще наблюдается мерцательная аритмия. Достоверных различий в частоте других нарушений ритма и проводимости в остром периоде инфаркта миокарда в изучаемых группах не выявлено.

2. Наблюдаемые изменения функций автоматизма, внутрижелудочковой и внутрисердечной проводимости особенно у молодых больных в возрасте до 40 лет можно объяснить нарушением метаболических процессов в миокарде, возможно дистрофией миокарда вследствие дефицита инсулина.

3. У лиц пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом, изменения указанных функций зависят и от присоединения коронарного атеросклероза.

УДК 615.245:616.379-008.64

**Камалов К.Г., Солтаханов Э.М.-Р., Арсланбекова А.Ч.,
Акмурзаева К.Р.
Сравнительная эффективность баеты и лизпро при терапии
сахарного диабета 2 типа**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра эндокринологии, Махачкала

Актуальность

Исследования последнего десятилетия с использованием методики CGMS, продемонстрировали, что наряду с нормализацией показателей Hb_{A1C} , при сахарном диабете (СД) важное значение имеет вариабельность гликемии. Негативное влияние вариабельности гликемии, сопоставимо с негативным воздействием хронической гипергликемии на повышение артериального давления, дислипидемию [1-3].

Цель исследования: сравнить режим инсулинотерапии basis-bolus при лечении СД 2 типа с использованием инсулина лизпро и 2 разовый режим подкожного введения агониста глюкагоноподобного пептида-1